

ÉTUDE

N° 59

SUR

LES ABCÈS

RÉTRO-PHARYNGIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

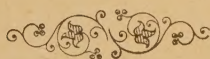
le 31 juillet 1891

PAR

Paul LAFONT

Né à Saurat (Ariège)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1891

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN, DOYEN.

BERTIN-SANS, ASSESSEUR.

Professeurs.

MESSIEURS :

<i>Médecine légale et toxicologie.</i>	JAUMES.
<i>Clinique chirurgicale.</i>	DUBRUEIL *.
<i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
<i>Hygiène.</i>	BERTIN-SANS.
<i>Clinique médicale.</i>	CASTAN *.
<i>Clinique médicale.</i>	GRASSET.
<i>Physiologie.</i>	LANNEGRACE.
— HÉDON (Ch. de c.)	
<i>Clinique chirurgicale.</i>	TÉDENAT.
<i>Clinique obst. et gynécol.</i>	GRYNFELTT.
<i>Anat. pathol. et histol.</i>	KIENER *.
<i>Thérap. et Matière médicale.</i>	HAMELIN *.
<i>Anatomie.</i>	PAULET (O. * * *).
<i>Pathologie interne.</i>	CARRIEU.
<i>Clinique des mal. ment. et nerv.</i>	MAIRET.
<i>Physique médicale.</i>	IMBERT.
<i>Botan. et Hist. Nat. méd.</i>	GRANEL.
<i>Pathologie externe. (ch. de c.)</i>	ESTOR.
<i>Opérations et appareils. (ch. de c.)</i>	FORCUE.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. * * *).

Prof. honor. M. DUPRÉ (O. * C. *),

Chargés de Cours complémentaires:

<i>Clinique annexe des maladies des vieillards.</i>	MM. REGIMBEAU (*) agrégé.
<i>Histologie</i>	BLAISE, agrégé.
<i>Clinique annexe des maladies des enfants.</i>	BAUMEL, agrégé.
<i>Clinique annexe ophthalmologique.</i>	TRUC, agrégé.
<i>Accouchements.</i>	GERBAUD, agrégé.
<i>Clinique annexe des mat. syphilit. et cutan.</i>	BROUSSE, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
DE GIRARD.	VILLE.	BROUSSE.
SERRE.	FORGUE.	SARDA.
REGIMBEAU (*).	TRUC.	ESTOR.
BLAISE.	GERBAUD.	HÉDON.
BAUMEL.	GILIS.	LECERCLE.

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse:

MM. DUBRUEIL, président.

FORGUE, ch. d. c.

SERRE, agrégé.

TRUC, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. LAFONT.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0022

À mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

P. LAFONT.

A M. le Professeur-agrégé BAUMEL

A M. le Professeur-agrégé SERRE

P. LAFONT.

INTRODUCTION. — PLAN

C'est après avoir vu un cas d'abcès rétro-pharyngien dans le service de M. le professeur Dubrueil que nous avons eu l'idée de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de ce sujet. Peu de thèses ont été faites sur ces abcès ; depuis 1851, il n'en a pas paru à Montpellier, et la dernière en date est une thèse de Paris du D^r Jacquemart.

Ce travail contiendra deux observations nouvelles : l'une de M. le professeur Dubrueil, parue dans la *Semaine médicale* du 20 mai 1891 ; la seconde nous a été communiquée par M. le professeur-agrégé Serre. Qu'il veuille bien recevoir ici nos remerciements.

Le plan de ce travail est celui adopté par les auteurs qui se sont occupés de ce sujet :

- I. Historique.
- II. Aperçu anatomique du pharynx.
- III. Étiologie et pathogénie.
- IV. Diagnostic et pronostic.
- V. Marche, durée, terminaison.
- VI. Traitement.
- VII. Observations.

Que nos Juges veuillent bien nous accorder toute leur indulgence.

Nous prions M. le professeur Dubrueil de vouloir bien agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

ÉTUDE SUR LES ABCÈS

RÉTRO-PHARYNGIENS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Hippocrate et les médecins de l'antiquité connaissaient-ils cette sorte d'abcès ? Quelques auteurs disent oui ; le Dr Roustan (1) en doute et ne trouve pas concluantes les preuves apportées par eux à l'appui de leur opinion. Quoi qu'il en soit, il faut arriver jusqu'à Ambroise Paré pour trouver une description certaine de cette maladie.

J.-L. Petit la connaissait, et il inventa, pour ouvrir l'abcès, un instrument spécial, tombé en désuétude, le pharyngotome.

(1) Roustan. Thèse de Paris 1869.

En 1842, Mondière, médecin à Loudun, réunissant une vingtaine d'observations antérieures, fit paraître le premier travail important sur cette question.

Depuis cette époque, il a été publié un assez grand nombre d'observations.

Fleming (1849) ajoute trois nouveaux faits aux deux qu'il a publiés en 1840.

Henock, six observations parues successivement.

Falkenkein (1851), trois observations dans une thèse inaugurale de l'Université de Königsberg.

D'Allire, à New-York, cinquante-huit observations.

West, dans un ouvrage sur la pathologie des enfants (1854), deux observations.

En 1858, un médecin de l'hôpital des Enfants, à Pesth, le Dr Bokai publie onze observations, dont deux sont symptomatiques d'une carie vertébrale.

D. Bordère (thèses de Strasbourg 1862) donne deux nouveaux cas.

La première thèse sur cette question est due au Dr Gillette (1867). Il donne deux cas nouveaux.

En janvier 1869, le Dr Gautier (de Genève) fait paraître un mémoire fort bien fait sur le même sujet et cite deux observations inédites. Ces deux auteurs traitent des cas observés indistinctement chez l'adulte et chez l'enfant.

Le Dr Roustan, dans sa thèse inaugurale (1869), cite cinq observations nouvelles d'abcès rétro-pharyngiens, chez des enfants dont l'âge est compris entre neuf mois et quatre ans. Il rapporte en outre 32 observations puisées chez des auteurs français et étrangers.

Le Dr Jacquemart a consacré sa thèse inaugurale (Paris 1872) à l'étude des abcès du pharynx. Il cite aussi quelques observations nouvelles.

Carmichaël (*Edimb. med. Journ.*, 1881): Abscès rétro-pharyngien chez un enfant. Mort subite par hémorrhagie.

Roucher (*Archives ital. de laryngologie*, janvier 1884) publie des cas d'abcès rétro-pharyngien d'origine traumatique.

Descroizille (*France méd.*, nov. 1885): Rougeole. Broncho-pneumonie. Abscès rétro-pharyngien méconnu pendant la vie.

E. Martin (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1881) publie deux observations d'abcès rétro-pharyngiens).

Vergely (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1886): Perforation de la carotide interne et angine phlegmoneuse.

Enfin, tous les auteurs classiques consacrent un chapitre à l'étude des abcès pharyngiens.

CHAPITRE II

ANATOMIE

Quelques considérations anatomiques seront utiles pour expliquer l'origine et l'évolution des abcès rétro-pharyngiens.

Le pharynx est situé au-devant des muscles prévertébraux, dont le séparent l'aponévrose prévertébrale et une couche très lâche de tissu conjonctif, sorte de grande cavité séreuse dont l'existence s'explique par les mouvements incessants d'élévation et d'abaissement que le pharynx exécute au-devant de la colonne vertébrale (Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*).

La paroi postérieure de cet organe est située devant les six premières vertèbres cervicales. Quelquefois, l'œsophage commence au disque ligamenteux qui unit la sixième à la septième vertèbre cervicale, fait important à connaître pour établir le siège en hauteur des abcès qui nous occupent (Gillette, thèse de Paris 1867).

Derrière la paroi se trouve une tunique cellulo-fibreuse résistante dans certains points, celluleuse dans d'autres, adhérant intimement à l'organe.

« Du contour de l'orifice externe du canal carotidien, dit Luska, part une bande ligamenteuse qui descend sur les parties latérales du pharynx, en s'épanouissant en forme d'aile, et se perd en tissu cellulaire au point où le muscle stylo-

pharyngien passe dans la paroi pharyngienne. Cette enveloppe cellulo-fibreuse, qui se continue au cou avec l'aponévrose cervicale profonde et en haut avec l'aponévrose buccinato-pharyngienne, donne plus de solidité, plus de résistance au pharynx, mais ne saurait apporter une barrière infranchissable à la suppuration.

Le pharynx est entouré d'une atmosphère cellulaire dans laquelle il se meut. Comme caractère histologique, ce tissu se fait remarquer par sa souplesse, sa demi-transparence, l'absence de graisse. «Il se continue, dit Borden, avec le tissu cellulaire profond des cavités de la face, avec le tissu sous-séreux des médiastins et de l'abdomen, permettant aisément la migration des abcès par congestion. Les phlegmons et les abcès peuvent siéger dans un point quelconque de cette atmosphère celluleuse et non pas seulement dans sa partie postérieure; ils peuvent donc être non seulement rétro-pharyngiens, mais péri-pharyngiens.» (Dictionnaire des Sc. méd. de Dechambre. Art. *Pharynx*.)

Le système ganglionnaire lymphatique du pharynx mérite d'attirer l'attention. Pour le D^r Gillette, c'est un des sièges principaux des abcès qui nous occupent. «Les vaisseaux lymphatiques, dit Sappey, donnent naissance sur la muqueuse de chaque côté à deux groupes de troncs: un, supérieur et externe; l'autre, inférieur et interne. Le supérieur se compose de 3 ou 4 troncs qui se portent en haut et en dehors, vers l'angle que forme la paroi postérieure avec la paroi latérale du pharynx, immédiatement au-dessous du rocher. Parvenus à cet angle, vers lequel convergent aussi plusieurs troncs lymphatiques émanés de la face supérieure du voile du palais, ils traversent la couche fibreuse de l'organe et se jettent aussitôt sur le gros ganglion qui repose sur la partie la plus élevée du constricteur supérieur.»

Luska dit que la plus grande des glandes lymphatiques

qui sont liées aux parois du pharynx se trouve ordinairement à la hauteur de la troisième vertèbre cervicale, plus près des parties latérales que de la ligne médiane postérieure. En arrière, en haut et sur les côtés du pharynx, existent deux petits ganglions lymphatiques indiqués par Sappey et le Dr Simon, et sur lesquels Gillette a fortement insisté. « Il a trouvé, dit-il, chez cinq enfants de 15 à 18 mois, deux ganglions derrière le pharynx à la hauteur de l'axis, allongés verticalement en forme d'amande. Chacun d'eux était situé en dehors de la ligne médiane, comme le dit Luska, et plus près de l'union de la paroi latérale avec la paroi postérieure. Leur longueur était d'environ 1 centimètre, et leur largeur 5 millimètres. Ils étaient évidemment hypertrophiés ». Ses recherches ayant eu pour sujet des enfants plus âgés, il n'a plus trouvé qu'un ganglion. Ceux-ci semblent, chez l'adulte, comparativement plus petits et souvent même ont disparu (Roustan, th. de Paris).

Ces ganglions reçoivent les vaisseaux d'une partie du pharynx, de la pituitaire et peut-être de l'oreille moyenne.

M. Tillaux a signalé la présence, sur le côté externe de la carotide interne, d'un ou deux ganglions qui pourraient aussi devenir le siège d'adéno-phlegmons. Dans ce cas, la carotide étant placée entre le pharynx et l'abcès, ce rapport, tout à fait spécial, peut créer de grands dangers.

Il faut signaler les rapports du pharynx avec des organes importants : l'artère carotide interne est distante du tiers inférieur du pharynx d'environ 10 à 12 millimètres. La jugulaire interne, située en dehors de l'artère, est par conséquent plus éloignée. Un voisinage qu'il faut aussi mentionner, parce qu'il explique certains symptômes, est celui de cinq gros troncs nerveux, trois passant entre l'artère et la veine (glosso-pharyngien, hypoglosse, spinal), deux postérieurs à ces vaisseaux (pneumogastrique, grand sympathique).

Trois ordres de tissus constituent le pharynx : profondément la couche musculéuse, au milieu une trame fibreuse résistante, superficiellement la muqueuse. «C'est la membrane fibreuse, dit Roustan, qui oppose un obstacle presque infranchissable à l'ouverture spontanée des abcès développés dans les tissus cellulaires post-pharyngiens».

Les artères du pharynx viennent de la pharyngienne inférieure, de la palatine inférieure, de la ptérigo-palatine, des thyroïdiennes supérieures et inférieures. Les veines se rendent dans la jugulaire interne.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Il est une notion étiologique de la plus haute importance et que nous tenons à mettre en tête de ce chapitre. C'est qu'il n'existe pas d'abcès rétro-pharyngiens idiopathiques proprement dits. La formation du pus n'obéit pas ici à d'autres lois que dans les autres régions du corps, et est toujours subordonnée, comme l'a établi Kormann, à une lésion primitivement développée dans une des muqueuses voisines. Nous devons donc rejeter l'adénite idiopathique des ganglions post-pharyngiens, admise autrefois par Verneuil.

Parmi les causes prédisposantes des abcès rétro-pharyngiens, la mieux établie est l'âge des sujets.

Roustan publie 37 cas, qui se divisent ainsi : 5 cas chez des enfants de un à six mois ; 16 cas entre six et un an ; 8 entre un an et dix-huit mois (Roustan, th. de Paris 1869).

Sur 48 malades cités par Gillette, 12 étaient âgés de onze semaines à cinq ans. Enfin, Gautier en relate 46, dont 26 dans la première année et 9 dans la deuxième.

Les garçons semblent être plus souvent atteints que les filles ; ainsi, sur les 37 cas de Roustan, 30 observations relatant le sexe des malades se répartissent entre 23 garçons et 7 filles.

Le moment de l'année ne semble pas être indifférent, et

ce serait dans les mois les plus froids qu'on observerait le plus souvent cette affection.

Mais pour quel motif les enfants sont-ils atteints plus souvent que les adultes ? On peut répondre que leur constitution, plus faible, lutte moins victorieusement contre les influences extérieures, telle que l'impression du froid, par exemple ; or, on sait l'influence de cet agent sur la production de l'angine et la susceptibilité de l'enfant de ce côté. De plus, ce dernier n'est-il pas atteint plus fréquemment par les maladies infectieuses, telles que la scarlatine, la typhoïde, la diphtérie, etc., qui sont autant de facteurs puissants des abcès rétro-pharyngiens ?

En outre, à cet âge, le système lymphatique est plus développé et plus disposé à s'enflammer.

Enfin, nous ne saurions accepter l'opinion de Gillette affirmant que les abcès rétro-pharyngiens se développent plus fréquemment chez des sujets robustes et issus de parents sains ; cette affection, ajoute-t-il, semble être leur apanage.

Mais pour quel motif un bon état de santé prédisposerait-il à un état de maladie ? Ne semble-t-il pas plus conforme, à ce que nous apprend la pathologie générale et l'expérience, d'invoquer au contraire un état de débilitation occasionné par une maladie infectieuse ou un état diathésique ?

C'est sur cette réserve que nous avons rejeté les abcès idiopathiques, persuadé que s'il ne peut y avoir formation de pus sans microbe, celui-ci doit avant tout, pour coloniser, trouver un terrain favorable à sa reproduction.

Au point de vue des causes déterminantes, on peut diviser les abcès rétro-pharyngiens en primitifs et symptomatiques.

Les premiers, toujours aigus, reconnaissent très souvent pour cause des traumatismes divers. Mais qu'il s'agisse d'une

plaie chirurgicale, de la déchirure occasionnée par le passage ou l'enclavement d'un corps étranger, d'une brûlure par ingestion d'un liquide trop chaud ou d'une eschare produite par le contact d'une substance caustique ou corrosive, ces diverses causes n'agissent qu'en livrant passage au microbe de la suppuration. Celle-ci a d'autant plus de chances de se développer que les cavités pharyngienne et buccale sont, plus que toute autre région, prédisposées à l'infection septique.

Nous rapportons le cas d'un aliéné de l'asile de Bordeaux, chez lequel éclata un abcès rétro-pharyngien à la suite de l'ingestion d'un os. (Observation IX).

Une autre cause fréquente, est le rétrécissement de l'œsophage. Dans ce cas, le bol alimentaire exerce une irritation continue sur les parties du pharynx situées au-dessus de la portion rétrécie et qui peuvent s'ulcérer. Il faut compter aussi avec les efforts répétés des muscles pour effectuer la déglutition et pouvant entraîner l'inflammation de la couche celluleuse prévertébrale.

Dans notre observation X, il s'agit d'un abcès laryngo-pharyngien, survenu à la suite de rétrécissement.

Les inflammations des muqueuses doivent aussi être incriminées. Ainsi, une pharyngite intense se termine fréquemment par la formation d'un abcès, dont le point de départ existe dans les ganglons rétro-pharyngiens.

Dans les formes graves d'angine phlegmoneuse, le pus tend à se faire jour vers l'angle de la mâchoire ou dans le tissu cellulaire du cou, et devient l'origine d'un abcès latéral.

Nous citerons trois cas se rapportant à ce mode de production des collections purulentes rétro-pharyngiennes (Observ. I, II et III).

Par quel mécanisme ces diverses causes agissent-elles ?

On peut dire avec Breton (th. de Paris 1883) que, dans une première variété appartenant surtout aux amygdalites aiguës, la suppuration s'établit d'abord dans les organes lymphoïdes qui occupent la muqueuse ; de là, l'inflammation se propage jusqu'à l'aponévrose pharyngienne, l'atteint, l'amincit, la perfore, et finit par envahir le tissu cellulaire prévertébral ; l'abcès est alors constitué.

Ou bien le pus fuse le long des gaines vasculaires et franchit ainsi l'aponévrose sans en avoir altéré la structure. Les vaisseaux pharyngiens subissent, dans ce cas, une dilatation considérable.

Dans ces deux exemples, l'abcès succède immédiatement à une angine violente.

Dans un troisième mode, l'inflammation débute par les ganglions lymphatiques, et la lésion prend alors le caractère d'un adéno-phlegmon.

Celui-ci peut succéder à une lésion soit du pharynx, soit des fosses nasales, soit peut-être de la parotide, soit encore de la muqueuse tympanique (Kormann et Weil, cités par Breton), c'est-à-dire, en un mot, de tous les organes tributaires des ganglions lymphatiques péri-pharyngiens.

Les abcès symptomatiques sont aigus ou chroniques. Ceux de la première variété se développent dans les maladies graves, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la diphthérie, etc.

Ces causes générales n'agissent pas d'une façon directe sur le tissu cellulaire rétro-pharyngien pour en amener l'inflammation. Le plus souvent, celle-ci n'est que secondaire et consécutive à une lésion de voisinage.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes qui précèdent la formation d'un phlegmon sur la paroi du pharynx varient suivant la cause même de ce phlegmon : c'est une violente angine, un coryza chronique, une otite suppurée, une fièvre grave, l'introduction d'un corps étranger. Au début, on constate une fièvre vive et surtout un mal de gorge des plus intenses. Ce début pourra être lent et insidieux, mais par contre il pourra se produire des phénomènes initiaux d'une violence extrême : céphalée, vomissements, convulsions chez les jeunes enfants. La fièvre s'élève rapidement à 40° et est quelquefois entrecoupée de frissons. Elle est presque continue, une douleur intense se fait sentir au fond du pharynx ; elle est exaspérée par les mouvements de déglutition et même par ceux de rotation de la tête. La respiration est gênée, stridoreuse, présentant dans quelques cas les mêmes caractères que dans l'œdème de la glotte. On note quelquefois des râles muqueux dans la trachée et les grosses bronches, du sifflement à l'inspiration. Des symptômes cérébraux peuvent se montrer assez graves pour faire croire à une méningite.

La toux peut manquer assez souvent ; lorsqu'elle existe, elle peut présenter plusieurs timbres, sans en offrir cependant de caractéristiques. Tantôt elle est croupale, aboyante ; d'autres fois, simplement forte et fréquente ; plus souvent rauque et

voilée. Le timbre de la respiration est quelquefois particulier (D^r Roustan).

La voix présente de nombreuses altérations; elle est rauque la plupart du temps, nasillarde, semblable à la voix d'un canard dans d'autres cas. Souvent elle est voilée, et plus fréquemment encore, lorsque la tumeur a pris un accroissement assez considérable, il ya une aphonie complète.

Il y a souvent de la tuméfaction du cou, et surtout du côté gauche; les ganglions lymphatiques sont alors toujours engorgés et quelquefois suppurés. Lorsque la tuméfaction extérieure ne se présente pas, les ganglions profonds peuvent être malades. La peau du cou recouvrant la tumeur glandulaire est quelquefois rosée; d'autres fois elle ne change pas de couleur. Mais lors même que manque le gonflement, le cou est raide, la tête immobile, renversée ordinairement en arrière, tantôt à gauche, tantôt en arrière et à gauche. La pression est douloureuse, et elle exaspère la dyspnée en rétrécissant l'ouverture de la glotte.

Au renversement de la tête se joint souvent une contraction des mâchoires qui rend très difficile à l'œil l'examen de l'arrière-gorge. C'est alors qu'il ne faut pas négliger l'exploration du pharynx avec le doigt.

Il y a d'autres symptômes qui sont en quelque sorte pathognomoniques des abcès rétro-pharyngiens, ce sont: la dysphagie, qui se montre généralement la première, la dyspnée, les mucosités blanchâtres du fond de la gorge, enfin la tumeur elle-même, perçue dans tous les cas où l'examen du pharynx a été bien fait et suivi d'un diagnostic juste.

La dysphagie est provoquée par une douleur vive, brûlante, accompagnée d'une sensation de plénitude, douleur qui se manifeste même avant l'apparition de la tumeur. L'enfant prend le sein ou le biberon moins volontiers, se

plaint, crie en tétant. Peu à peu la douleur augmente, et le malade finit par ne plus avaler du tout ; il rend, par la bouche et le nez, le lait dont il a besoin.

A ce symptôme s'ajoute une dyspnée allant jusqu'à l'asphyxie dans les cas où l'évacuation du pus n'a pas été obtenue. Presque toujours, on découvre au fond de la gorge une tumeur plus ou moins dure, plus ou moins volumineuse, qui semble rétrécir et même boucher l'entrée du larynx. C'est ordinairement sur un des côtés, plus souvent à gauche qu'à droite, qu'on rencontre la saillie formée par l'abcès.

Un autre signe d'une assez grande valeur, c'est l'existence de mucosités blanchâtres au fond du gosier, qui ont induit plusieurs médecins en erreur, en leur faisant prendre la maladie qui nous occupe pour un cas de croup.

Avec une connaissance exacte de tous ces symptômes, et par un examen approfondi de l'organe malade, nous croyons qu'on peut arriver à un diagnostic précis de presque tous les cas d'abcès rétro-pharyngiens.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

« Le diagnostic précis, dit M. le D^r Roustan, devrait, ce semble, toujours résulter d'un examen bien fait ». Il cite neuf cas dans lesquels il y a eu erreur. Tous ont été suivis de mort. Dix-sept fois la maladie a été reconnue, et un traitement rationnel a amené chaque fois une guérison rapide et sûre.

« L'étude détaillée des symptômes, dit le D^r Gillette, de la marche et des terminaisons de ces abcès, nous montre assez que souvent rien n'est plus facile que les diagnostiquer; tantôt, au contraire, les reconnaître n'est pas chose aisée; dans certains cas enfin, il est presque impossible d'arriver à un diagnostic même douteux ».

A l'exemple du D^r Gillette, nous diviserons le diagnostic en trois chefs principaux :

- 1° Reconnaître l'abcès.
- 2° En déterminer le siège et la nature ;
- 3° Le distinguer des autres affections avec lesquelles on peut le confondre.

1° *Reconnaître l'abcès.*— Pendant la première période, c'est-à-dire avant la formation du pus, la maladie ne peut qu'être soupçonnée et présente les symptômes d'une angine aiguë ou d'une pharyngite chronique, suivant la marche

qu'elle affecte. Chez l'enfant, les phénomènes généraux peuvent dérouter le clinicien au point de lui faire chercher, dans le cerveau ou l'estomac, le point de départ du mal *qu'il observe* (1). Lorsque la suppuration s'établit, elle est annoncée par des phénomènes d'une intensité plus grande, de la fièvre, des frissons irréguliers, une sensation de pulsations profondes dans la partie enflammée, un embarras plus marqué du côté de la déglutition et de la respiration, la roideur, l'œdème du cou, etc. Mondière a insisté sur ce dernier signe, qu'il regarde comme destiné à mettre les praticiens sur la voie du diagnostic. Mais l'œdème du cou n'indique qu'une suppuration profonde, sans en préciser le siège. Dans une observation du D^r Gillette, observation que nous publions, on trouve un fait singulier: c'est une constriction violente des mâchoires, qui cessa en trente-six heures. On a mentionné encore le déplacement du larynx en avant.

Les signes physiques pour le diagnostic de l'abcès rétro-pharyngien sont fournis par la vue et le toucher. En général, on aperçoit l'abcès qui fait saillie entre les piliers du voile du palais, sous la forme d'une tumeur plus ou moins bombée qui obstrue l'isthme du gosier; quelquefois la tumeur ne peut être vue (2). Chez l'adulte, l'examen de la gorge peut se faire sans encombre, mais il n'en est pas de même chez l'enfant.

Le toucher est le seul moyen de diagnostic qui donne des renseignements certains sur l'existence d'un abcès. On peut le sentir avec un seul doigt, en déprimant doucement la tumeur, jusqu'à ce qu'on perçoive un plan résistant; on retire alors très légèrement le doigt, et le pus refoulé, remplissant de nouveau la poche, vient presser le doigt qui se re-

(1) *Diction. des sciences méd.* de Deschambre.

(2) D'Espine et Picot, *Traité des maladies des enfants*.

tire (de Saint-Germain). Mais lorsque la constatation de l'abcès présente quelque difficulté, on peut employer les manœuvres indiquées par Gillette dans sa thèse : Une première manœuvre consiste à plonger l'indicateur droit dans l'arrière-gorge jusqu'à la tumeur, pendant que l'autre main exerce une pression latérale du côté malade, ou que les quatre derniers doigts d'un côté et le pouce de l'autre embrassent les tissus placés derrière le larynx et repoussent le liquide vers la colonne vertébrale, c'est-à-dire vers le doigt explorateur.

Dans un second procédé, le patient étant assis sur une chaise, le chirurgien se place derrière lui et maintient avec ses deux avant-bras la tête appliquée sur sa poitrine, en la relevant légèrement; il recommande au malade d'écarter les mâchoires et enfonce ses deux index recourbés en crochet jusqu'à la paroi postérieure du pharynx. La saillie rétro-pharyngienne et la fluctuation dont elle est le siège sont un signe pathognomonique si tranché, qu'il semble qu'une méprise est à peu près impossible, et pourtant, combien de fautes commises !

Le D^r Gillette a relevé 16 cas d'erreur de diagnostic qui tous se sont terminés par la mort des malades.

2° Diagnostic du siège et de la nature. — La tumeur rétro-pharyngienne n'est pas toujours visible, et cette difficulté à l'apercevoir peut dépendre non seulement des parties molles périphériques, mais encore du siège de la collection purulente.

Les abcès rétro-pharyngiens inférieurs occasionnent des phénomènes alarmants de dyspnée et de suffocation; la respiration est sifflante, la voix complètement voilée, etc. Il faut alors porter le doigt recourbé en crochet jusqu'au fond

de l'arrière-gorge, et si l'on sent une saillie rénitente, arrondie, bouchant en partie l'orifice laryngé, il faut inciser.

Les abcès rétro-pharyngiens supérieurs sont très difficiles à diagnostiquer. Ils se font principalement remarquer par des symptômes nerveux et cérébraux d'une intensité très grande.

La voix est nasillarde et moins forte ; la respiration est libre et sans toux.

Les troubles nerveux peuvent être attribués à plusieurs causes :

- 1° A la compression des nerfs voisins ;
- 2° A leur inflammation ;
- 3° A l'anémie du cerveau, résultant de la compression de la carotide par l'abcès ;
- 4° A la propagation de l'inflammation aux membranes du cerveau ;
- 5° Enfin, à la simple action du voisinage des centres nerveux avec un foyer purulent (D^r Gillette).

Les abcès latéro-pharyngiens n'occasionnent pas d'habitude autant de désordres fonctionnels, à moins qu'ils n'occupent les deux côtés du cou ; mais ils tendent à fuser au loin.

3° *Distinguer l'abcès des affections qui s'en rapprochent le plus.* — Plusieurs cas d'abcès ont été pris pour le croup. Le croup ne s'accompagne pas de dysphagie, ni de raideur de la tête, ni de rejet de mucosités. Il est fréquemment compliqué d'angine couenneuse.

Il existe dans le croup des fausses membranes organisées et résistantes, tandis que dans l'abcès, on ne remarque jamais, à moins de complication, que des mucosités sans grande consistance, épaisses et d'un blanc sale. La saillie en avant du larynx, suivie de cette extrême dyspnée lorsqu'on

veut le repousser en arrière, est un symptôme qui n'existe pas dans le croup (Dr Roustan).

Enfin, la constatation de la tumeur au moyen du doigt lève toute incertitude.

L'abcès rétro-pharyngien a été confondu aussi avec l'œdème de la glotte. Il ne faut pas hésiter, dans ce cas, à faire l'examen laryngoscopique (Diction. de Dechambre). Lui seul peut trancher certains doutes, et si pénible, si difficile qu'il puisse être chez un enfant fatigué, rebelle, atteint de contracture des mâchoires, il faut à toute force le pratiquer, car le salut dépend alors de l'intervention chirurgicale, et celle-ci à son tour d'un bon diagnostic.

On peut prendre l'abcès pour une affection cérébrale. Dans d'autres cas, on a cru à une phthisie laryngée, à un spasme musculaire, à un rhumatisme du cou, à une paralysie du pharynx.

Il est dit, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, N° 4, 1845 : « Nous avons vu un chirurgien distingué prendre pour un polype des fosses nasales un abcès rétro-pharyngien, qui, siégeant au-dessous de l'apophyse basilaire, portait la muqueuse pharyngienne distendue dans les arrière-narines ».

Dans le cas de Chassaignac, un anévrisme a été pris pour un abcès. Une masse tuberculeuse ramollie (thèse de Grandt, 1866), un kyste de la base du crâne et descendant du côté de l'isthme du gosier, pourraient encore donner le change.

Le Dr Gillette parle d'un fait, observé dans les hôpitaux de Paris, d'abcès rétro-pharyngien chronique pris pour un polype fibreux naso-pharyngien. Le malade succomba dans un accès de suffocation, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on reconnut l'erreur.

Pour éviter les méprises, il est de toute nécessité d'explorer avec beaucoup d'attention le cou et le pharynx aussi

profondément que possible; le praticien doit s'entourer de toutes les précautions désirables pour établir un bon diagnostic.

PRONOSTIC

La gravité du pronostic est évidemment liée à celle des affections concomitantes lorsqu'il s'en présente; mais, en général, on peut dire qu'il est essentiellement soumis à la rectitude du diagnostic. En effet, Gautier cite les chiffres suivants: 25 cas d'erreur de diagnostic, 25 morts; 66 cas de diagnostic exact, 50 guérisons et 16 morts, sur lesquelles 8 fois, pour diverses raisons; l'ouverture n'a pas été faite. Le Dr Roustan cite 11 diagnostics faux ou nuls, 11 morts; sur 27 diagnostics justes, 17 guérisons, 10 morts. Les recherches de Bokai et Alexy, de Schmitz, n'ont fait que mieux établir cette proposition. Sans doute, il est des cas où une asphyxie précoce, une grande hémorrhagie, la violence des symptômes généraux, la nature gangreneuse de l'inflammation, déjouent tous les calculs; mais, dans l'immense majorité des cas, le pronostic dépend du traitement. Dans tous les cas où un diagnostic exact a été suivi d'un traitement chirurgical rationnel, il y a eu guérison.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON

La marche est généralement aiguë; elle est rapide ou dure plusieurs mois. Il y a des abcès qui ont une marche subaiguë et celle des autres, lente et insidieuse, est entièrement chronique. «Nous pensons que bien souvent, dit le Dr Gillette, peut-être par la faute du malade qui ne vient pas

plus tôt consulter, on admet la forme aiguë, parce qu'on a grande tendance à regarder comme le commencement de la maladie le moment critique où des phénomènes importants se manifestent. Nous croyons enfin que l'abcès rétro-pharyngien pourrait, d'une façon générale, être plus chronique qu'on veut bien le dire.»

«Les abcès dont la marche est la plus lente et dure plusieurs semaines, un mois, deux mois, commencent et finissent presque toujours par des symptômes véritablement aigus que sépare une période d'accalmie relative.» (Diction. des Sc. méd. de Dechambre).

Dans la thèse de Gilbert-Bonneau (Montpellier, 1851), on trouve l'observation d'un jeune homme, chez lequel, à la suite d'une angine très grave, la déglutition se faisait très péniblement. Cinq mois se passèrent, et un matin on le trouva mort dans son lit. L'autopsie montra une tumeur remplie de pus derrière le pharynx, vis-à-vis le commencement du larynx.

En somme, les abcès rétro-pharyngiens peuvent avoir une durée et une marche très variables. Elles dépendront du moment de l'intervention du médecin. Si l'on donne issue au pus renfermé dans la poche peu de temps après sa formation, il ne survient pas d'accidents graves ordinairement. Il n'en est pas ainsi si l'on se contente de combattre les symptômes généraux auxquels la formation de l'abcès donne naissance.

La mort peut être déterminée par plusieurs causes, tantôt c'est la gêne apportée à la respiration soit par le fait seul de la présence de la tumeur, soit par l'extension de l'inflammation à l'ouverture supérieure du larynx. On a signalé quelques cas d'asphyxie subite, et dans un fait dû à Allé (*Esterr. med. Wochenschrift Wien*. 1841, N° 6), la suffocation fut occasionnée par l'arrêt d'un fragment de pain entre l'abcès

pharyngien et le larynx. La mort peut encore être déterminée par un affaiblissement lent et progressif et quelquefois par l'inanition due à la dysphagie (1).

Une autre terminaison des abcès, c'est l'ouverture spontanée. Si elle se fait dans le tube digestif, la guérison peut s'ensuivre. Le Dr Duparque (*Gaz. des hôpitaux*, 1853) publie un cas dans lequel le malade rejeta, par un effort de vomissement, une masse de sang et de pus mêlé de mucosités. Si l'abcès s'ouvre dans le larynx, il y a mort immédiate.

Comme complications, une bronchite, une pneumonie, une pleurésie, qui peuvent emporter le malade. La pleurésie est parfois produite par une extension de la maladie, le pus ayant fusé le long de la colonne vertébrale jusque dans le médiastin, et ayant même perforé la plèvre (Follin et Duplay).

(1) Follin et Duplay. Traité de path. externe, t. V.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il consiste à donner issue au pus aussitôt que sa présence est reconnue. Il ne faut pas compter sur la rupture spontanée de la poche qui peut amener, dans le sommeil, par exemple, la suffocation du malade par l'écoulement du liquide dans les voies aériennes (Dr Gillette). Au début, les résolutifs, les antiphlogistiques, les réfrigérants, les astringents, peuvent rendre quelques services, mais une fois l'abcès formé, il n'y a qu'à l'ouvrir. M. Vergely, préoccupé des hémorrhagies carotidiennes qu'il a bien observées, se défie des incisions prématurées. Néanmoins le retard, excepté pour les abcès symptomatiques qui sont essentiellement chroniques, est une faute de la part du chirurgien.

Quelle est la meilleure méthode pour ouvrir l'abcès, et à quel point convient-il de l'ouvrir? Pour le Dr Gillette, le doigt est le meilleur des instruments et doit être préféré toutes les fois qu'il peut agir sûrement; on introduit le doigt dans le pharynx et on rompt la tumeur en appuyant avec force; un ongle assez long et pointu pourrait aider à déchirer les parois du kyste. Mais lorsque l'on voit bien la tumeur au fond du gosier et que le malade se prête à l'examen, le mieux est de se servir soit d'une lancette, soit du pharyngotome de J.-L. Petit, soit du bistouri.

La lancette est incommode à cause de son peu de longueur

et nécessite l'introduction de deux doigts de la main au moins dans la bouche, ce qui empêche le chirurgien de se guider par la vue.

Le pharyngotome ne fait que ponctionner la tumeur, et l'ouverture étant trop petite, elle se cicatrise vite et le pus se reforme.

Le bistouri est en somme le meilleur instrument pour ouvrir ces abcès. On le chemise jusqu'au voisinage de la pointe avec une bandelette de diachylum, ou même du fil, et on insise la poche. Lorsque le diagnostic est douteux, on peut, à l'exemple de M. le professeur Dubrueil, et pour plus de sûreté, pratiquer une ponction exploratrice à l'aide de l'aspirateur de Potain, et ouvrir ensuite largement.

A quel point doit-on ouvrir l'abcès? Le Dr Owen dit que si l'abcès fait saillie à l'extérieur, on doit faire l'incision au cou. Waston Cheyne, pénétré de la nécessité de l'antisepsie, propose de toujours inciser de la peau vers le pharynx, en opérant avec la méthode de Lister. Mais la septicémie après l'ouverture au fond du pharynx n'est pas observée et la crainte de la pénétration de parcelles alimentaires dans le foyer par l'incision est tout à fait théorique. On incisera donc au fond du pharynx sur le point fluctuant. Règle générale, il vaut mieux se rapprocher de la ligne médiane pour éviter les gros vaisseaux du cou; si la tumeur est trop latérale et si elle n'apporte pas encore une gêne considérable du côté des voies digestives et respiratoires, on doit attendre pour l'ouvrir, comme l'a fait M. Verneuil, qu'elle se soit rapprochée du raphé du pharynx. S'il survient des hémorrhagies violentes, on les traite par la ligature de la carotide primitive ou de la carotide interne. Vergely a ainsi réussi à avoir quatre guérisons sur cinq cas d'hémorrhagies.

Pour éviter l'asphyxie (Observation de Bokai et Témoin)

ou la déglutition du pus, Desprès vide d'abord la poche à l'aide d'un trocart, puis il agrandit la piqûre au bistouri.

Au point de vue de la situation de l'abcès, plus il est placé supérieurement, plus l'issue de son contenu par la bouche sera facile, après l'incision, par la seule inclinaison de la tête en avant (Gillette), tandis que l'abcès de la région inférieure a plus de tendance de laisser tomber le pus dans le pharynx.

En résumé : l'ouverture dans le pharynx doit être faite le plus rapproché de la ligne médiane, à l'aide d'un bistouri entouré de linge ou de diachylum jusqu'à une petite distance de la pointe ; l'incision doit être large pour éviter que les lèvres de la plaie ne se rejoignent et que le pus ne se reforme. L'œdème de la glotte pourra nécessiter d'urgence la trachéotomie. Quant à la chloroformisation, beaucoup de chirurgiens la redoutent, depuis qu'elle faillit être fatale à Giraldès.

Observation I

(Récollin, 1778.— Académie royale de chirurgie)

Esquinancie terminée par suppuration

Un homme de 50 ans se présente avec un mal de gorge pour lequel on l'avait soigné quatre fois. Il a des élancements et des douleurs dans l'arrière-bouche qui se propagent jusque dans la tête et l'oreille. Il a des frissons et un redoublement de fièvre. A l'extérieur, le cou est enflé, et on y constate une tumeur profonde, très douloureuse, répondant au fond de la gorge. Récollin ne peut rien constater à la vue, à cause du gonflement énorme de toutes les parties. Son doigt introduit distingue une tumeur à la paroi latérale droite du pharynx. Il ouvre cette tumeur et il en sort

du pus mélangé de sang épais et noirâtre, et la guérison s'ensuit.

Observation II

(Thèse de Gillette, 1869)

Abcès pharyngien du côté gauche après une angine tonsillaire

Le nommé Tissier (Nicolas-François), 57 ans, journalier, fut admis à la Pitié, salle Saint-Raphaël, N° 25, le 20 juin 1864. Il avait une angine tonsillaire érythémateuse, double et aiguë, avec des symptômes d'embarras gastriques. Vomitif le lendemain et soulagement; gargarisme boraté ensuite.

Le 29 juin, le malade veut quitter l'hôpital, bien qu'il reste encore de la rougeur des piliers et des amygdales, gonflement de celles-ci et dysphagie.

Rien du tout au fond du larynx. Au cou et sur les parties latérales du larynx, il y a un peu de tuméfaction mollassse sans rougeur, et légère douleur par les mouvements imprimés au larynx soit artificiellement, soit pour avaler.

Le 4 juillet, on ramène cet homme avec une dyspnée considérable; on examine la gorge, et on trouve le fond du pharynx rejeté à gauche et en avant, et touchant la face supérieure du voile du palais.

Au toucher, fluctuation et douleur. Au cou, sur le trajet des vaisseaux, douleur et empâtement. En bas, au-dessus de la fourchette sternale et au-dessous du sterno-mastoïdien, tuméfaction douloureuse, rouge et facilement réductible. M. Gosselin ouvre par le bistouri, et il sort beaucoup du pus fétide gris-noirâtre, vomissements. Il y a soulagement immédiat, crachement de pus pendant deux jours, et enfin guérison le 15 juillet.

Observation III

(Recueillie dans le service de M. Lannelongue, suppléant de M. Denouvillers,
à la Charité)

Angine terminée par un abcès latéro-pharyngien

Le 10 octobre 1871, une jeune femme est entrée dans le service.

Il y a trois semaines, cette malade a été prise d'un mal de gorge léger, existant seulement du côté gauche. Elle n'était pas habituée avec cette affection.

Après sept à huit jours, était survenu un gonflement du cou avec douleurs vives, difficulté des mouvements et fièvre chaque jour.

Etat de la malade à son entrée. — Dans le fond de la gorge, en arrière de l'amygdale gauche, gonflement depuis la base du crâne jusqu'à l'ouverture œsophagienne. Cette tumeur est dure et élastique. Muquense rouge et framboisée. Du côté du cou, en arrière du sterno-mastoïdien, gonflement très appréciable, sans fluctuation manifeste si l'on presse fortement, mais avec fluctuation légère si on presse légèrement; une pression forte fait refluer le liquide en dedans. Ce liquide soulève le sterno-mastoïdien et déplace la carotide externe qui bat sous la peau. Cette grosseur donne lieu à des troubles divers, les aliments solides ne peuvent plus passer; le bouillon chaud est seul avalé. Le point de départ de cette collection est sans doute le ganglion qui est situé entre le pharynx et l'angle de la mâchoire.

C'est une adénite suppurée. On a trouvé une dent cariée occupant la mâchoire supérieure. Il n'est pas probable que ce soit là la cause de l'adénite. Ce fut plutôt l'angine des

jours précédents. L'ouverture de l'abcès laisse sortir un liquide purulent abondant.

Le 28 octobre, il ne reste plus qu'un empâtement léger de la partie latérale du cou.

Observation IV

Abcès pharyngien latéral siégeant dans le ganglion, dit rétro-pharyngien

Le 27 avril 1869, dans le service de M. Broca, à la Pitié, entre un jeune garçon de 16 ans. Il est malade depuis six mois. A la suite d'un torticolis, il a eu une petite glande qui alla grossissant, et qui est située à la partie latérale du cou, au niveau de la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. Ce ganglion n'est pas douloureux, sauf à la pression. Ce garçon nous dit n'avoir pas eu mal à la gorge. Cependant, comme la tumeur est fluctuante, on suppose qu'elle communique avec la gorge. On recherche et on trouve une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, fluctuante et située sur la moitié latérale du pharynx, du côté correspondant à la tumeur extérieure.

En pressant sur les deux tumeurs, on ne sent pas de communication par la fluctuation. «On ne peut supposer, dit M. Broca, que cet abcès vienne d'une lésion de la colonne vertébrale, car tous les mouvements du cou se font sans douleur. Il faut, dit-il, penser que cet abcès est situé dans les ganglions décrits par M. Verneuil.» Pour la tumeur extérieure, M. Broca diagnostique un abcès ganglionnaire et non une tumeur de la parotide, vu qu'elle est trop loin de cette glande. M. Broca ayant ouvert l'abcès pharyngien, il en sort à peu près 15 gr. de pus.

Le 30, on trouve que la tumeur extérieure est diminuée

notablement par sa portion inférieure, précisément celle qui ne fluctuait pas.

Le 3 mai, on trouve que l'incision faite s'est refermée, on la rouvre avec un stylet, et il en sort encore du pus. On agrandit l'ouverture avec le bistouri, et chaque jour on décolle avec un stylet si elle s'est refermée.

Le 9, il n'y a plus de pus dans la gorge.

Observation V

(Gazette des hôpitaux, 1843.— Duparque)

Abcès latéro-pharyngien ouvert spontanément

Un jeune enfant de 4 ans et demi fut pris, le 19 octobre 1842, de fièvre et de vomissements. Après une série de symptômes cérébraux, fébriles et bronchiques, après refus de boire, après déglutition douloureuse, apparut un gonflement sur les parties latérales et supérieures du cou. Plus marqué à gauche, il existe surtout sous l'apophyse mastoïde, plutôt en arrière de l'extrémité correspondante du sterno-mastoïdien, que du côté de l'angle de la mâchoire. Pas de changement sous le doigt introduit dans le gosier. L'oppression et la difficulté de la déglutition augmentent jusqu'au 31. C'est alors que M. Duparque, ayant constaté l'existence de l'abcès, veut l'ouvrir. Mais l'enfant, dans un violent effort de vomissement, crève la tumeur, il est soulagé et guéri rapidement.

Observation VI

(Recueillie par M. Gueniot, chirurgien des hôpitaux.— Thèse de M. Gillette, 1867)

Observation d'un abcès pharyngien chronique du côté gauche

Le 15 octobre 1859, un homme de 25 ans, serrurier, entrain à Saint-Antoine, salle Saint-Louis, pour abcès siégeant au niveau de l'amygdale gauche et repoussant la muqueuse en avant. Le malade faisait remonter le début de cet abcès à cinq semaines, il n'y avait pas eu de phénomène de réaction; il avait succédé, dit-il, à un refroidissement. Le fond de la gorge était peu susceptible au toucher. On y sentait de la fluctuation.

C'était pour la deuxième fois que le malade entrain dans le service pour semblable affection. L'année dernière, il s'était fait ponctionner un abcès semblable. Nouvelle ponction et sortie environ de 60 gr. de pus. Le malade fut soulagé. Deux jours, après nouvelle tumeur, suivie d'une nouvelle ponction, et sortie de 20 gr. de pus.

Observation VII

(Communiquée par M. Le Dentu.— Thèse de M. Gillette, 1867)

Abcès latéro-pharyngien double, chronique chez un phtisique

Entrée le 5 avril 1867, salle Sainte-Jeanne, Hôtel-Dieu. Débuts de la maladie, six semaines. Pas d'autres symptômes que gêne de déglutition et nasonnement.

Quinze jours avant, deux hémoptysies.

État à l'entrée.— Tumeur de la grosseur d'une noix, allon-

gée verticalement, siégeant sur le côté droit et supérieur de la partie postérieure, montant un peu vers l'orifice postérieur des fosses nasales, ne descendant pas plus bas que la base de la langue, repoussant en avant l'amygdale droite et le pilier correspondant du voile du palais. Elle ferme presque en totalité la moitié droite de l'isthme du gosier.

Luette rejetée du côté opposé. Fluctuation sous le doigt, gêne de déglutition, voix nasonnée, signe de phthisie aux poumons.

6 avril. Ponction et sortie de pus phlegmoneux; le son de la voix change, mais n'est pas tout à fait amélioré.

Le 28, le malade va plus mal.

Les jours suivants, la voix redevient nasonnée.

6 mai. Nouvel abcès du côté opposé et nouvelle ponction.

Le 20, le malade sort guéri de ses abcès et amélioré du côté de la poitrine.

Observation VIII

(Bibliothèque médicale, t. LX, p. 238, 1882)

Abcès latéro-pharyngien confondu avec croup

Il s'agit d'un enfant de onze semaines qui avait eu une nourrice saine. Cet enfant éprouva, en février 1870, une tuméfaction des glandes du cou qui se dissipa. Une glande supura, fut ouverte et guérit. Quinze jours après, Detmold fut appelé. Il trouva: toux croupale, difficulté de respirer augmentant par la pression sur le larynx, pouls fébrile et température élevée. Il diagnostiqua *croup* et il fit le traitement en conséquence, mais n'obtint aucun soulagement. La toux croupale persista, bien que les symptômes diminuassent un peu d'intensité. La difficulté de respirer augmenta et la dé-

glutition devint impossible. Detmold diagnostiqua alors paralysie des muscles de la déglutition et fit son traitement en conséquence. La dyspnée et la dysphagie augmentèrent et la mort survint par suffocation.

Autopsie.— Au côté droit du cou: 1° Foyer purulent provenant d'une glande détruite par la suppuration. Ce foyer est situé au-dessous et à côté de l'os hyoïde, il contient une cuillerée à bouche de pus; 2° kyste purulent en arrière du pharynx contenant trois cuillerées à bouche de pus. Ni le pharynx ni le larynx ne sont altérés. Pas de communication entre les deux foyers purulents. Vertèbres intactes.

Observation IX

(Thèse du Dr Jacquemart.— Communiquée par M. Lasserre, ancien interne de l'asile de Bordeaux).

Abcès pharyngien produit par un os avalé par un aliéné de Bordeaux.— Destruction par carie du corps de la 4^{me} vertèbre cervicale.— Pus dans le canal rachidien.

Le 25 juin 1867, vers 6 heures du soir, je fus appelé à la 3^{me} division (quartier des convalescentes) pour une femme qui venait d'avaler un os, au dire de l'infirmière. Je me rendis en toute hâte auprès de la malade. Je la trouvai assise sur une chaise, ne présentant au premier aspect aucun symptôme de suffocation. Elle répondit aux questions que je lui posai, et me raconta elle-même qu'en mangeant la soupe elle avait senti un os s'arrêter dans son gosier, qu'elle avait été obligée d'arrêter son repas parce qu'elle ne pouvait plus avaler (déglutition douloureuse). Je constatai, en effet, à ce moment, qu'elle évitait autant que possible les mouvements de déglutition. Cependant, je lui donnai un peu d'eau qu'elle put avaler, mais avec douleur. Je conclus que le corps étranger

était dans le pharynx ou dans l'œsophage, mais n'en obstruait pas tout le calibre. Pour m'assurer de la présence du corps étranger et de la hauteur à laquelle il se trouvait, je fis ouvrir grandement la bouche à la malade, et je cherchais avec le doigt si je pouvais l'atteindre. Je ne pus y réussir. Je demandai alors une sonde œsophagienne que j'introduisis assez facilement jusque dans l'estomac. Je dois dire cependant qu'après avoir franchi l'isthme du gosier, je sentis une légère résistance. Le cathétérisme terminé, la malade put avaler plus facilement.

Le lendemain et les jours suivants, la malade accusait toujours la présence du corps étranger, et nous attribuions cela à l'état de ses facultés. Elle se nourrissait à peine ; elle refusait obstinément les aliments solides, sous prétexte qu'ils ne pouvaient pas passer. Quelques jours plus tard, elle se plaignit d'avoir la fièvre et demanda à se coucher. Nous la fîmes entrer à l'infirmerie. Elle avait en effet un peu de fièvre qui s'expliqua bientôt par l'apparition d'une tumeur inflammatoire à la partie latérale gauche du cou (cataplasmes).

C'était un abcès. Au bout de trois ou quatre jours, on l'ouvrit, et il en sortit beaucoup de pus fétide. Cet abcès fut attribué, par le médecin de service, à une éraillure faite par le passage d'un corps étranger. L'abcès guérit après plusieurs jours de suppuration, mais la fièvre persista et devint beaucoup plus forte. Ne sachant comment expliquer ces phénomènes fébriles, le médecin songea à la possibilité d'une phtisie galopante, la malade étant déjà soupçonnée d'une affection tuberculeuse. Les phénomènes s'aggravèrent de jour en jour, et le délire vint, par moments, s'ajouter à ces symptômes.

Le fait suivant vient nous éclairer sur la cause de tous ces phénomènes :

Un jour, la malade fut prise de nausées et d'efforts de vomissements; elle rendit, dans un de ses efforts, un os ayant une forme lancéolée et long d'environ 3 ou 4 centimètres. Sa plus grande largeur ne dépassait pas 1 centimètre.

A partir de ce moment, la malade crachait du pus de temps en temps. Le soir, elle était prise de sueurs qui devinrent de plus en plus abondantes. La malade mourut après une transpiration abondante, précédée d'un frisson très violent, environ un mois après l'accident.

Autopsie. — Nous trouvâmes, en ouvrant le crâne, les fosses cérébelleuses remplies d'un pus épais et jaunâtre. Nous ouvrîmes le canal rachidien, et nous trouvâmes qu'il était également rempli de pus. Nous voulûmes voir alors s'il n'y avait pas une relation entre les lésions que nous avions sous les yeux et les accidents pharyngo-œsophagiens.

Nous ouvrîmes le pharynx et l'œsophage; sur la paroi postérieure du pharynx, il y avait un orifice pouvant donner passage à une sonde cannelée. Nous enfonçâmes cet instrument, qui pénétra librement, jusque dans le canal rachidien. Après l'examen de ces différentes parties, nous constatâmes une carie ayant détruit complètement le corps de la quatrième vertèbre cervicale et une partie du corps des deux vertèbres voisines.

Observation X

(Fiskes. — Bibliothèque médicale, t. LVII, 1817)

Abcès laryngo-pharyngien survenu par suite du rétrécissement de l'œsophage

Simon, âgé de 40 ans, se plaignait d'un rhume et avalait difficilement. Toux rare, mais très rauque. Il attribuait son indisposition à un os de volaille qu'il croyait avoir avalé.

En examinant sa gorge, on n'aperçut aucune trace d'inflammation à l'intérieur. Elle paraissait plus grosse et plus dure que d'habitude, ainsi que le cou. Mais la pression n'excitait aucune douleur. Malgré les saignées, les vésicatoires et les fumigations, son état empirait, et le malade succomba au quatrième jour de la maladie.

Autopsie.— A l'ouverture du cadavre, on trouva un abcès profond, situé entre le larynx et le pharynx. Il contenait environ 4 onces de pus fétide et avait, par sa pression, presque entièrement fermé le larynx. L'épiglotte était très épaisse et recouverte, ainsi que la glotte, d'une effusion lymphatique. La membrane muqueuse de la trachée-artère était saine. Le pharynx était très rétréci et l'œsophage, quoique sain du reste, offrait un rétrécissement considérable. On ne découvrit pas de fragment d'os. Les muscles qui recouvraient l'abcès étaient très épaissis.

Observation XI

(Rayer. — Ann. de thérap. méd. et chirurgie de Rognetta, févr. 1848, N° 11, page 406.
Résumée)

Abcès rétro-pharyngien pris d'abord pour une paralysie du pharynx

Une femme de 68 ans, jouissant d'une bonne constitution, sujette autrefois à des rhumatismes, est saisie dernièrement tout à coup des symptômes cérébraux, vertiges, ambliopie, délire intermittent, surtout la nuit. Deux jours avant les symptômes, elle avait éprouvé quelque gêne à la déglutition, puis ce phénomène s'est prononcé davantage, et la malade s'est fait transporter à l'hôpital. On l'avait soignée chez elle et soumise au cathétérisme œsophagien pour la nourrir.

A son entrée, elle est au dixième jour de sa maladie.

Symptômes : figure injectée, yeux brillants, céphalalgie, vue trouble, tintement d'oreilles ; la nuit, délire nerveux ; pouls fort et fréquent, difficulté d'avaler les liquides et les solides à la hauteur du tiers supérieur du sternum. Elle peut parler quelques instants après chaque déglutition ; puis elle est saisie d'étouffements et elle rejette les liquides par une véritable régurgitation ; ce liquide est mêlé à des mucosités filantes comme du blanc d'œuf. Quelquefois une petite partie passe jusque dans l'estomac. La malade l'avertit parfaitement ; le reste est rejeté.

L'examen extérieur, le palper du cou et du fond du gosier ne laissent rien voir d'anormal. Le fait le plus saillant était la *dysphagie subite*, coïncidant avec une congestion sanguine cérébrale.

M. Rayer admet la paralysie de l'œsophage, le timbre de la voix ni la respiration ne sont altérés ; on sonde la malade, deux ou trois fois par jour, par la narine.

Cette sonde trouvait d'abord quelque résistance *naturellement*, dit l'observation, en arc-boutant contre la paroi postérieure du pharynx, puis elle mâchait librement ; lavements nourrissants. Tel était l'état de cette malade pendant la dernière semaine de son séjour à l'hôpital, lorsque tout à coup, à la suite d'un cathétérisme, la sonde, sans avoir rencontré de résistance, a rapporté, dans son extraction, du pus sanguinolent avec sa pointe. Aussitôt, la malade est prise d'une sorte d'accès de suffocation, et elle a rendu par la bouche une quantité considérable de pus.

Ce crachement purulent s'est continué pendant toute la nuit suivante, et le lendemain, à la visite, la malade avait rempli cinq palettes de matière purulente et de mucus. Ce liquide s'élevait à peu près à plus d'un litre ; ces crachements semblaient venir de l'œsophage ; ils étaient précédés et accompagnés de toux ; voix altérée.

La déglutition continue à être difficile, le palper au cou est un peu douloureux.

M. Rayer a dû reconnaître, à ces phénomènes, la présence d'un abcès ouvert par la sonde.

Autopsie. — On trouve un abcès rétro-pharyngien du volume d'un œuf de poule, tout à fait en avant du larynx ou au niveau presque des fosses nasales; au côté droit et dans les tissus postéro-pharyngiens, le foyer de l'abcès, presque vide, contenait encore de la matière muco-purulente très fétide.

Les tissus ambiants étaient infiltrés, noirs, et comme gangrenés.

L'œsophage était libre partout et ne présentait aucune lésion appréciable.

Observation XII

(Bessens. — Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers; Gaz. méd. 1846, p. 994)

**Abcès rétro-pharyngien avec symptômes du croup. — Ouverture.
Guérison.**

Le neveu de l'auteur, Henri Bessens, âgé de 2 ans et demi, fut pris, le 14 février 1845, de fièvre avec raideur de la tête, immobilité du cou et douleur lorsqu'on voulait lui imprimer un mouvement de rotation. Comme il n'y avait de tumeur en aucun point de la surface tégumentaire de cette région, ni rien d'anormal à l'arrière-gorge, que la déglutition et la voix étaient naturelles, on ne prescrivit qu'un purgatif, de la flanelle autour du cou, et l'état morbide céda entièrement, sauf un peu de gêne encore lorsque l'enfant tournait la tête.

Le 25 du même mois, la fièvre revint avec les autres symp-

tômes. Le 27, il s'y joignit un peu de difficulté à avaler; le 28, se déclara une toux forte et fréquente que 10 centigr. de kermès dans une potion gommeuse calmèrent. Néanmoins, la fièvre persista, les amygdales étaient un peu tuméfiées, le pharynx rouge ainsi que les piliers et le voile du palais. Cet état se prononçant de plus en plus, on appliqua le 1^{er} mars, dans la soirée, six saugsnes au-devant du cou et on continua la potion kermétisée qui provoqua quelques vomissements.

Le même jour, à 9 heures du soir, il y avait eu deux accès de toux avec suffocation; la respiration, très difficile, s'accompagnait d'un sifflement laryngien très prononcé; l'expiration était aussi prolongée que l'inspiration, la toux et les cris rauques, sourds et comme étouffés. Bruit respiratoire diminué dans toute la poitrine et presque complètement masqué par le sifflement laryngien et par un peu de râle ronflant; déglutition des solides impossible, fièvre intense.

La grande ressemblance de ces symptômes avec ceux du croup fit penser à l'existence de cette maladie, malgré l'absence de fausses membranes sur le pharynx et d'engorgement des ganglions sous-maxillaires (encore six saugsnes, frictions mercurielles, vésicatoire à la nuque, sinapismes, lavement purgatif, émétique à dose vomitive).

Peu à peu, la respiration devint de plus en plus difficile et sifflante, yeux enfoncés dans l'orbite, face et lèvres bleuâtres, extrémités froides, pouls petit, misérable, agitation continue. De temps en temps, l'assoupissement reprenait le dessus, alors la respiration devenait stertoreuse et le pouls insensible jusqu'à ce qu'on eût réveillé la vie, près de s'éteindre, par quelque stimulation qui provoquait l'expuition des glaires.

M. le Dr Bessens, réfléchissant que l'aggravation des symptômes était graduelle et la marche de la maladie exempte

des exacerbations qui sont le type caractéristique du croup, ceci lui fit concevoir quelques doutes sur la vérité du diagnostic.

Portant le doigt dans l'arrière-gorge, il trouva que la paroi postérieure du pharynx formait une saillie qui venait s'appliquer sur l'ouverture de la glotte. Lisse, molle, évidemment fluctuante, cette tumeur ne finissant pas nettement en bas; en haut, elle s'arrêtait à un pouce environ du sommet du pharynx.

Après avoir inutilement essayé de la perforer avec l'ongle, il fit pénétrer jusqu'à elle le pharyngotome de J.-L. Petit, conduit le long de l'indicateur gauche, puis cet instrument fut plongé aussi bas que possible dans la tumeur, et, par un mouvement rapide de bascule, on incisa la paroi antérieure. Près de 90 gr. de pus de bonne nature s'échappèrent immédiatement.

L'amélioration fut instantanée et, trois jours après, la guérison était complète.

Observation XIII

(Dr Gillette)

Abcès rétro-pharyngien

Un homme de 39 ans, d'une bonne santé habituelle, entre, au commencement de mars 1861, dans le service de Michon, salle Saint-Gabriel, 12.

Il souffrait de la gorge depuis quinze jours environ, quand il fut pris, il y a deux jours, d'une impossibilité presque complète d'écarter les deux mâchoires l'une de l'autre, le petit doigt ne peut être introduit dans la bouche. Il est réveillé la nuit, à chaque instant, par des accès de suffocation qui se calment chaque fois qu'il s'assoit sur son lit.

Le malade montre le côté droit du cou comme étant le siège d'une grande souffrance. Toute la partie supérieure de son corps est raide, et, quand on lui examine la région cervicale, il souffre au moindre mouvement. La face est rouge, la respiration anxieuse, le malade très affaibli par l'abstinence prolongée qu'il a subie. La partie droite du cou est tuméfiée et présente un *œdème bien accusé*.

Michon croit à un phlegmon profond ; mais ne sentant de fluctuation nulle part, il ne juge pas à propos de faire d'incision.

Le lendemain, même état, seulement céphalalgie plus intense, anxiété plus grande. Étant de garde, je fus appelé, au milieu de la journée, auprès du malade qui avait un accès de suffocation terrible. Ce que je remarque aussitôt, c'est que la constriction de la mâchoire inférieure a en grande partie disparu. Cet homme se plaignant surtout de la gorge, je pus la lui examiner. Je constate une coloration rouge cerise de tout l'isthme du gosier, et à droite un gonflement oblong bien prononcé qui fait bomber en avant la partie correspondante du voile du palais. L'exploration à l'aide du doigt n'étant pas facile en avant, je fais asseoir le malade, et, devant deux jeunes gens qui m'aident, je me place derrière cet homme, lui appuie la tête sur ma poitrine, et je parviens à enfoncer vivement mes deux indicateurs au fond de la gorge. Le malade, suffoqué, se retire aussitôt, mais j'ai eu le temps de percevoir distinctement la fluctuation sur la tumeur que j'avais constatée; antérieurement, je répétai l'exploration et engageai un des jeunes gens à la faire.

L'ouverture en est pratiquée à l'aide d'un bistouri; il s'échappe un demi-verre de pus mélangé d'une assez grande quantité de sang dont l'écoulement ne s'arrête qu'au bout d'une heure.

La nuit suivante, le malade est calme. Il rend pendant

quatre jours du muco-pus mélangé à la salive, et sort guéri quelques jours après.

Observation XIV

(Hôpital Saint-Éloi de Montpellier, Semaine médicale, 20 mai 1891)
M. le professeur Dubrueil

Adénite tuberculeuse suppurée du ganglion rétro-pharyngien du côté droit

Nous avons, en ce moment, dans la salle Delpech, un malade atteint d'une lésion dont le diagnostic présentait un réel intérêt.

Ce malheureux, âgé de 49 ans, est depuis longtemps aveugle par suite d'une double atrophie papillaire ; mais ce n'est pas pour sa cécité qu'il est venu réclamer nos soins. Il y a cinq ou six mois, sur la partie latérale gauche de son cou, au niveau de la moitié supérieure du bord antérieur du sternocléido-mastoïdien, survinrent une série de tumeurs du volume et de la forme d'une amande.

D'abord dures et indépendantes, ces tumeurs ne tardèrent pas à s'agglomérer et à se ramollir ; c'était évidemment des ganglions lymphatiques envahis par la tuberculose. Aujourd'hui, vous pouvez voir que, sur certains points, les ganglions se sont abcédés, tandis que dans d'autres ils conservent encore une dureté notable. Le diagnostic de ces tumeurs n'était pas douteux et on pouvait le formuler en deux mots : « adénites tuberculeuses ».

A côté de ces lésions, le malade en portait une autre intéressante et qui le préoccupait bien davantage. Il se plaignait d'une notable difficulté à avaler, et lorsqu'on examinait son arrière-gorge, en maintenant la langue déprimée avec un abaisseur, on voyait que la paroi pharyngienne postérieure

était repoussée en avant, du côté droit, à partir de la partie moyenne du voile du palais jusqu'à cinq ou six centimètres plus bas. En travers, la tumeur s'étendait de la paroi latérale jusqu'à la ligne médiane qu'elle ne dépassait pas. Elle avait à peu près le volume et la forme de la moitié d'un œuf de poule divisé en long.

La muqueuse pharyngienne, à ce niveau, présentait sa coloration normale. En explorant la saillie avec l'index introduit dans l'arrière-gorge, on constatait facilement qu'elle était ramollie au centre, où l'on percevait une véritable fluctuation, tandis qu'à la périphérie il existait une induration bien manifeste. Cette exploration ne faisait sentir aucun battement.

En procédant par voie d'exclusion, j'ai été autorisé d'admettre que la tumeur rétro-pharyngienne dont le patient était porteur était constituée par une adénite tuberculeuse arrivée à la période de ramollissement. Le siège de la tumeur à droite indiquait que c'était le ganglion de ce côté qui était envahi.

L'adoption de ce diagnostic devait me conduire à inciser la collection. Pour plus de sûreté, j'ai d'abord pratiqué une ponction exploratrice avec l'appareil de Potain, il s'est écoulé du pus séreux et j'ai alors divisé la paroi antérieure de l'abcès avec un bistouri chemisé, jusqu'au voisinage de la pointe, avec une bandelette de diachylum et porté au fond du pharynx.

L'incision de 1 cent. 1/2 de longueur a donné issue à du pus séreux mêlé de grumeaux, tout à fait analogue à celui que l'on trouve dans les ganglions lymphatiques qui ont subi la fonte purulente. Un examen rapide n'y a pas démontré la présence de bacilles, mais cette absence n'infirme pas le diagnostic.

Depuis que la tumeur a été incisée, elle a à peu près disparu et la déglutition est redevenue entièrement libre.

Observation XV

(Communiquée par MM. Baumel et Serre, professeurs agrégés)

X..., 24 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle; étant au lycée, il était sujet à des amygdalites assez fréquentes. Il a fait son service militaire, et c'est au régiment qu'il a eu une bronchite chronique. Cette bronchite a parfaitement disparu sans laisser de traces.

X... est élève en pharmacie depuis neuf mois; il est très souvent exposé aux courants d'air, et c'est très probablement le froid et la prédisposition aux amygdalites qui ont occasionné l'affection qui nous occupe. On ne peut pas d'ailleurs assigner d'autres causes.

Au début, le malade se plaignait d'une raideur du cou, simulant exactement le torticolis. Il y avait une vive douleur de la région à la pression et au mouvement; à la région latérale et postérieure du cou se trouvaient deux ou trois ganglions douloureux.

La deuxième semaine de la maladie, apparaît une légère tuméfaction du côté gauche, à la région postérieure et latérale, au niveau du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Le malade supportait parfaitement son mal; l'appétit n'était pas diminué, le sommeil était aussi régulier qu'auparavant, et rien n'empêchait X... de vaquer à ses occupations habituelles.

Un jour, trois semaines environ après le début de la maladie, il se présente dans le cabinet de M. Baumel, en se plaignant d'une grande difficulté de la déglutition. Il n'y avait eu rien de semblable auparavant.

M. Baumel examine la gorge et constate au fond du gosier, à la partie supérieure et latérale gauche du pharynx, une tu-

meur de la grosseur d'un œuf de pigeon. Extérieurement; apparaissait, aussi du même côté, une tuméfaction du cou de la grosseur d'un œuf de pigeon : il y avait de la fluctuation.

M. Baumel demande l'intervention d'un chirurgien, et la famille appelle M. Serre. Ce dernier porte le bistouri au fond de la gorge du malade et fait une incision sur la tumeur; il en sort une grande quantité de pus qui détermine des vomissements chez le patient. La poche s'est fermée, le pus s'est reformé et une nouvelle incision a été nécessaire.

Mais si la tumeur intérieure se vidait, l'extérieure restait toujours la même, ou du moins se vidait incomplètement; pendant quelque temps, M. Serre était obligé d'introduire une sonde cannelée dans l'ouverture pratiquée sur la collection intérieure; un jour cependant, en introduisant la sonde plus profondément, elle pénétra dans l'abcès extérieur.

M. Baumel comprima fortement, avec la main, la poche extérieure, et il s'écoula par la bouche une grande quantité de pus. Depuis lors, les deux abcès ont complètement disparu.

Il est évident, et MM. Baumel et Serre n'en ont pas douté un seul instant, qu'il y avait là deux abcès communiquant par une petite ouverture insuffisante pour laisser vider la poche extérieure, et offrant jusqu'à un certain point la disposition d'un bouton de chemise.

Ajoutons que l'état général du malade a été très mauvais au moment où l'abcès a été complètement développé.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 24 juillet 1891.

Le Recteur de l'Académie.
Correspondant de l'Institut.

J. GÉRARD.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 23 juillet 1891.

P. Le Doyen,
BERTIN-SANS.

BIBLIOGRAPHIE

D'ESPINE et PICOT.— Traité des maladies des enfants.

D^r OWEN.— (Traduction Laurent).— Maladies chirurgicales des enfants, 1891.

D^r GILLETTE.— Thèse de Paris 1867.

D^r ROUSTAN.— Thèse de Paris 1869.

D^r JACQUEMART.— Thèse de Paris 1872.

Dictionnaire des sciences médicales de Dechambre, art. *Pharynx*.

CIRALDÈS.— Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

FOLLIN et DUPLAY.— Traité de pathologie externe.

VERGELY.— *Journal de médecine* de Bordeaux.

CARMICHAEL.— *Edimburg med. Journal* 1881.

ABELIN.— *Gaz. hebdomadaire* 1873.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
